

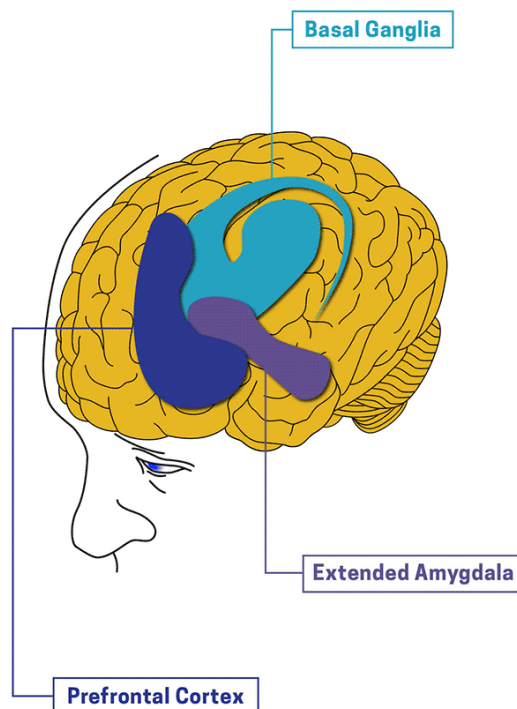
Precaution and counseling for Cannabis use

นายแพทย์บุญสนอง วงศ์ตาน้อย
โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน

กัญชาทางการแพทย์ (medicinal cannabis) ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางตลอดหลายปีที่ผ่านมา สำหรับประเทศไทยได้มีการปรับเปลี่ยนกฎหมายและระเบียบต่างๆ เพื่อให้สามารถศึกษาวิจัยตลอดจนการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ได้ ในกระแสของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปจำเป็นต้องได้รับข้อมูลอย่างรอบด้าน ทั้งประโยชน์และข้อควรระวังของการใช้กัญชาทางการแพทย์ (medical use) และความเสี่ยงหรืออันตรายจากการใช้กัญชานอกข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (none medical use) เพื่อป้องกันผลกระทบเชิงลบทั้งต่อตัวผู้ใช้เองและต่อสังคมในระยะยาว

สมองกับการเสพติด

การเสพติด หมายถึงพฤติกรรมการหมกมุ่นอยู่กับการแสวงหาหรือการใช้สารเสพติดและยังคงใช้ต่อไปแม้ว่าจะเกิดปัญหาขึ้นแล้วก็ตาม สารเสพติดมีผลกับสมองทั้งโครงสร้าง การทำงาน ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้เสพ สมองส่วนสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเสพติดได้แก่ Basal ganglia, Extended amygdala, prefrontal cortex⁽¹⁾



Source: Facing Addiction in America:
The Surgeon General's Report on
Alcohol, Drugs, and Health

- The basal ganglia: เป็นสมองที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เชิงบวก เช่น ความสุขจากการรับประทาน อาหาร การเข้าสังคม ความสุขทางเพศ วงจรใน basal ganglia ที่ขับเคลื่อนอารมณ์ความรู้สึก ดังกล่าวเรียกว่า “Reward circuit” เมื่อสารเสพติดกระตุ้นสมองส่วนนี้ จะทำให้เกิดอารมณ์เคลิ้ม สุข (Euphoria or high) แต่หากถูกกระตุ้นซ้ำๆ เป็นเวลานาน จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ โครงสร้างและการทำงานของสมอง เป็นผลให้การตอบสนองต่อความสุขจากกิจกรรมต่างๆ ในชีวิต ลดลงและต้องพึ่งพาการกระตุ้นจากสารเสพติดเพิ่มขึ้น
- The extended amygdala: ทำหน้าที่เกี่ยวกับความเครียด วิตกกังวล การใช้ยาและสารเสพติดมัก ทำให้ภาวะเครียดหรือวิตกกังวลดีขึ้นชั่วคราว อย่างไรก็ตามเมื่อหยุดใช้มักจะตามมาด้วยอาการ ถอน (withdrawal) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ติดยากลับเข้าสู่วงจรการใช้ยา
- The Prefrontal cortex: ทำหน้าที่เกี่ยวกับการคิด วางแผน แก้ปัญหา ตัดสินใจ การยับยั้งชั่งใจและ ควบคุมตนเอง สมองส่วนนี้จะพัฒนาเต็มที่เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ การใช้สารเสพติดตั้งแต่เด็กหรือ วัยรุ่นจะส่งผลให้เกิดปัญหาในสมองส่วนดังกล่าว มีปัญหาในกระบวนการคิด ตัดสินใจ และขาด การยับยั้งชั่งใจ

กัญชากับการเสพติด

กัญชาประกอบด้วยสาร cannabinoid กว่า 100 ชนิด สาร cannabinoid ที่ได้รับการศึกษาและเป็น ที่รู้จักมากที่สุดในปัจจุบันได้แก่ delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) และ Cannabidiol (CBD) โดย THC เป็นสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (psychoactive effects) ทำให้เกิดอาการเมา เคลิ้มสุข และนำไปสู่ การเสพติดได้ การใช้กัญชาที่มีส่วนประกอบของ THC เป็นหลัก (predominant THC) มีโอกาสเสพติด ประมาณร้อยละ 9 และหากเริ่มใช้ตั้งแต่วัยรุ่นอัตราการเสพติดจะสูงขึ้นเป็นร้อยละ 17 และเพิ่มเป็นร้อยละ 25-50 ในกรณีที่ใช้เป็นประจำ^(2,3,4,5) การหยุดใช้กัญชาสามารถก่อให้เกิดอาการถอน (withdrawal symptoms) เช่น กระสับกระส่าย วิตกกังวล นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ชีพเศร้า หลักฐานทางวิชาการพบว่ การเสพติดกัญชาเกิดจากกระบวนการร่วมกันของ tolerance, physical dependence (withdrawal) และ psychological dependence^(6,7)

Cannabis amotivational syndrome

สภาวะเฉยชา ขาดความสนใจในกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันและขาดความสามารถในการ เรียนรูสิ่งใหม่ เป็นกลุ่มอาการที่เกิดตามหลังการใช้กัญชาในปริมาณมากและยาวนาน โดยมีสมมุติฐานว่ การได้รับ THC ในปริมาณสูงและยาวนานจะเกิดการ disrupt reward base learning ลดการหลั่ง dopamine ใน reward circuit นอกจากนี้ยังพบว่า anandamide (endogenous cannabinoid) และ CB1 receptor ลดลงด้วย⁽⁸⁾ อย่างไรก็ตามหลักฐานในปัจจุบันยังไม่สามารถสรุปได้ว่า กัญชาเป็นสาเหตุ

โดยตรงของการเกิดภาวะ Cannabis amotivational syndrome หรือภาวะดังกล่าวมีปัจจัยอื่นๆชักนำให้เกิดขึ้นก่อน และนำไปสู่การใช้กัญชาเพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น (self-medicate)

Gateway drug theory

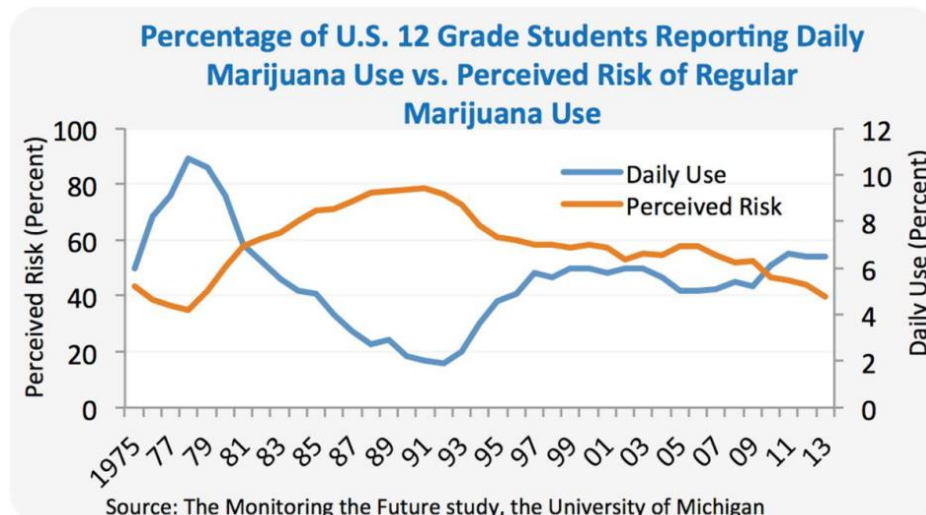
เป็นแนวคิดที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ของการเริ่มใช้สารเสพติดชนิดหนึ่งนำไปสู่การใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ กล่าวคือการเริ่มต้นใช้ยาหรือสารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งเช่น บุหรี่ แอลกอฮอล์ หรือกัญชา จะนำไปสู่การใช้สารเสพติดที่มีความรุนแรงมากขึ้น เช่น เมทแอมเฟตามีน เฮโรอีน โคเคน ในภายหลัง โดยเฉพาะการเริ่มต้นใช้สารเสพติดในเด็กและวัยรุ่นที่สมองยังอยู่ในช่วงพัฒนาการจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดอื่นๆในอนาคต

อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตว่าการที่บุหรี่ แอลกอฮอล์ และกัญชา ซึ่งได้ชื่อว่าเป็น Gateway drug อาจเนื่องมาจากการเป็นสารเสพติดที่เข้าถึงได้ง่ายกว่าสารเสพติดผิดกฎหมายอื่นๆ ดังนั้นการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยมุ่งเน้นไปที่สารเสพติด 3 ชนิดนี้จึงไม่เพียงพอ แต่สารเสพติดทุกชนิดสามารถแสดงสมบัติเป็น Gate way drug ได้ การป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดจำเป็นต้องให้ความสนใจถึงปัจจัยทางสังคมและความเปราะบางของบุคคลที่นำไปสู่การใช้ยาและสารเสพติดเหล่านั้นร่วมด้วย⁽⁹⁾

เด็กและวัยรุ่น

เด็กและวัยรุ่นเป็นช่วงเวลาสำคัญสำหรับพัฒนาการของสมองและระบบประสาท ในช่วงวัยนี้สมองและระบบประสาทมีความไวต่อตัวกระตุ้นต่างๆ รวมถึงสารเสพติด การใช้กัญชาที่มี THC มีโอกาสนำไปสู่ความผิดปกติจากการใช้กัญชา (Cannabis use disorder) และการเสพติด (Addiction) ได้ รวมถึงมีผลเสียต่อ สมาธิ ความจำ ผลการเรียน และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทในระยะยาว^(10,11)

การศึกษาติดตามการใช้ยาและสารเสพติดของเด็กและวัยรุ่นในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า การมีความรู้ความเข้าใจถึงความเสี่ยงและอันตรายจากกัญชา ทศนคติต่อการใช้และการเข้าถึงกัญชา มีผลต่ออัตราการใช้กัญชาในเด็กและวัยรุ่น กล่าวคือ ในช่วงเวลาที่เด็กและเยาวชน มีการรับรู้ถึงความเสี่ยงและผลเสียจากการใช้ตลอดจนการเข้าถึงกัญชาทำได้ยาก อัตราการใช้กัญชาจะต่ำ ในทางตรงกันข้ามการขาดรับรู้เรื่องความเสี่ยงและเข้าถึงการใช้ได้ง่าย อัตราการใช้กัญชาในเด็กและวัยรุ่นจะเพิ่มสูงขึ้น^(12,13)



Cannabis and cognitive impairment

การใช้กัญชา(THC predominant) มีผลต่อความจำระยะสั้น การตัดสินใจ และประสาทการรับรู้ซ้ำลง^(14,15) จากการทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่า ในกลุ่มผู้ที่ใช้กัญชาจะมีผลการทดสอบ neuropsychological test ต่ำกว่าผู้ที่ไม่ใช้กัญชาในทุกๆ ด้าน (Global psychological function: executive function, attention, learning, memory, motor skill, and verbal abilities) อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบผู้ที่ไม่ใช้กัญชากับผู้ที่หยุดใช้กัญชามากกว่า 1 เดือนขึ้นไปพบว่าผลการทดสอบไม่แตกต่างกัน ผลจากการใช้กัญชากับ cognitive impairment น่าจะขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยเช่น ความถี่ ปริมาณ ระยะเวลาการใช้ ระยะเวลาที่หยุดใช้ และอายุที่เริ่มต้นใช้⁽¹⁶⁾

อาการทางจิต

กัญชามีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการประสาทหลอน (psychosis) และกระตุ้นให้เกิดโรคจิตเภทเรื้อรัง (Schizophrenia) ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงได้แก่ มีประวัติครอบครัวหรือพันธุกรรมของโรคจิต การเริ่มใช้กัญชาตั้งแต่อายุน้อย การใช้ในขนาดที่สูงและใช้เป็นระยะเวลานาน โดยเฉพาะกัญชาที่มี THC เป็นองค์ประกอบหลัก^(17,18,19)

ระบบทางเดินหายใจ

การใช้กัญชาโดยการสูบบุหรี่ มีผลระคายเคืองต่อทางเดินหายใจ ก่อให้เกิดหลอดลมอักเสบ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่นเดียวกับการสูบบุหรี่

ระบบหลอดเลือดและหัวใจ

สาร THC ในกัญชามีฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของหัวใจ ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ควรระมัดระวังในผู้ที่มีโรคหัวใจ

การขับชียานยนต์

การใช้กัญชา(THC predominant)เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจร

หญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร

กัญชาสามารถผ่านรกและน้ำนมได้ อาจมีผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์และพัฒนาการของเด็กในระยะยาวได้⁽²⁰⁾

ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้กัญชาทางการแพทย์ มีข้อห้ามและข้อควรระวังดังนี้⁽²¹⁾

การใช้กัญชาทางการแพทย์ควรคำนึงถึงข้อดีข้อเสีย ตัดสินใจด้วยความรอบคอบ ระมัดระวังเนื่องจากการตอบสนองของผู้ป่วยในแต่ละคนมีความแตกต่างกัน

- ไม่ควรใช้กัญชาที่มีส่วนประกอบของ THC เป็นสารหลักในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี จนกว่าจะได้รับ การพิจารณาอย่างรอบคอบถึงประโยชน์และความเสี่ยงโดยแพทย์ผู้รักษา
- ห้ามใช้ในผู้ที่มีประวัติแพ้กัญชาหรือส่วนประกอบในยานั้น
- ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจหรือหลอดเลือดสมองชนิดรุนแรง (severe cardiovascular or cerebrovascular disease) เนื่องจากมีโอกาสเกิดภาวะ hypotension, possible hypertension, syncope, tachycardia, myocardial infarction and stroke
- ไม่ควรใช้โดยวิธีการสูบในผู้ป่วยที่มีโรคทางเดินหายใจ เช่น asthma , chronic obstructive pulmonary disease
- ไม่ควรใช้ในผู้ที่มีปัญหาโรคตับหรือโรคไตรุนแรง
- ไม่ควรใช้กัญชาที่มี THC เป็นองค์ประกอบหลัก ในผู้ที่มีประวัติโรคทางจิตเวชเช่น โรคจิต โรคจิตเภท โรควิตกกังวล โรคทางอารมณ์หรือมีประวัติโรคจิตเภทในครอบครัว
- ควรใช้อย่างระมัดระวังในผู้ที่มีประวัติการใช้ยาหรือสารเสพติด(รวมถึงแอลกอฮอล์)

- ควรใช้อย่างระมัดระวังในผู้ที่ได้รับยานอนหลับหรือยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอื่นๆ ร่วมด้วย เนื่องจากกัญชาอาจเสริมฤทธิ์กดประสาท
- ไม่ควรใช้ในสตรีที่มีโอกาสตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ หรือให้นมบุตร

การให้การปรึกษาในผู้ใช้กัญชา

Counseling for Cannabis use

ผู้ที่มารับการปรึกษาอาจมีทั้งผู้ที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ (medical use) และใช้นอกข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (none medical use) กระบวนการให้การปรึกษาจะมุ่งเน้นที่การให้ข้อมูลและสร้างความตระหนักให้ผู้รับการปรึกษารับรู้ถึงความเสี่ยง ข้อควรระวัง รวมถึงสร้างแรงจูงใจให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้กัญชาที่ก่อให้เกิดปัญหา

Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment-SBIRT เป็นรูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาจากการใช้ยาและสารเสพติดในระบบสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ^(22, 23) สามารถนำมาเป็นแนวทางในการดูแลและให้การปรึกษาในผู้ใช้กัญชาได้ SBIRT ประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอนหลักคือ

- การคัดกรอง (Screening)
- การให้การปรึกษาแบบสั้น (Brief Intervention)
- การส่งต่อ (Referral to Treatment)

การคัดกรอง (Screening)

การคัดกรองเป็นกระบวนการที่ใช้ค้นหาและระบุถึงปัญหาที่เกิดจากการใช้กัญชาเพื่อวางแผนในการให้การปรึกษาและส่งต่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองและประเมินระดับความรุนแรงของปัญหาจากการใช้กัญชามีหลายชนิด เช่น the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (WHO-ASSIST), Cannabis Abuse Screening Test (CAST), Cannabis Use Disorders Identification Test – Revised (CUDIT-R)⁽²⁴⁾

การใช้เครื่องมือคัดกรองปัญหาจากการใช้กัญชาในปัจจุบันยังพบข้อจำกัดบางประการเช่น ปริมาณของสาร THC ในกัญชาในรูปแบบต่างๆ มีความแตกต่างกันมาก การใช้กัญชาด้วยจำนวนหรือความถี่เท่ากัน อาจได้รับปริมาณสาร THC ที่แตกต่างกันและส่งผลกระทบต่อผู้ใช้ต่างกันอย่างมาก ดังนั้นการใช้เครื่องมือในการคัดกรองแต่ละชนิด ควรใช้ร่วมกับการสัมภาษณ์ทางคลินิกเพื่อประกอบการตัดสินใจในการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม⁽²¹⁾ นอกจากนี้แบบคัดกรองที่ยกตัวอย่างข้างต้นแล้ว ประเทศไทยยังมีการพัฒนา แบบคัดกรอง

และส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา (บคก.กสธ.) V2 สำหรับการคัดกรองประเมิน และส่งต่อเพื่อให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม

ตัวอย่างเครื่องมือคัดกรอง บคก.กสธ.V2

ยาและสารเสพติดหลักที่ใช้และคัดกรองครั้งนี้ คือ.....	ไม่เคย	เพียง 1-2 ครั้ง	เดือนละ 1-3 ครั้ง	สัปดาห์ละ 1-4 ครั้ง	เกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 5-7 วัน)
ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา					
1. คุณใช้.....บ่อยเพียงใด	0	2	3	4	6
2. คุณมีความต้องการ หรือมีความรู้สึกอยากใช้.....จนทนไม่ได้บ่อยเพียงใด	0	3	4	5	6
3. การใช้.....ทำให้คุณเกิดปัญหาสุขภาพ ครอบครัว สังคมกฎหมาย หรือการเงินบ่อยเพียงใด	0	4	5	6	7
4. การใช้.....ทำให้คุณไม่สามารถรับผิดชอบหรือ ทำกิจกรรมที่คุณเคยทำตามปกติได้บ่อยเพียงใด	0	5	6	7	8

ในช่วงเวลาที่ผ่านมา	ไม่เคย	เคยแต่ก่อน 3 เดือนที่ผ่านมา	เคยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา
5.ญาติ เพื่อน หรือคนที่รู้จักเคยว่ากล่าวตักเตือน วิพากษ์วิจารณ์ จับผิด หรือแสดงท่าทีสงสัยว่าคุณเกี่ยวข้องกับ การใช้.....หรือไม่	0	3	6
6. คุณเคยลด หรือหยุดใช้.....แต่ไม่ประสบผลสำเร็จหรือไม่	0	3	6
รวมคะแนน	*****		

ในการสัมภาษณ์ด้วยแบบคัดกรองนี้ จะไม่บันทึกคะแนนของยาที่ได้รับการสั่งจ่ายจากแพทย์ เช่น หากผู้ป่วยได้รับการสั่งจ่าย medicinal cannabis จากแพทย์และใช้ตามข้อบ่งชี้อย่างถูกต้องจะไม่บันทึกคะแนนในแบบประเมินดังกล่าว อย่างไรก็ตาม หากใช้นอกข้อบ่งชี้ที่สั่งจ่าย หรือใช้บ่อยกว่า หรือใช้ปริมาณมากกว่าที่แพทย์สั่ง ให้บันทึกไว้ด้วย โดย บคก.กสธ.V2 จะแบ่งผู้ใช้เป็น 3 กลุ่ม คือ เสี่ยงต่ำ เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงสูง

ระดับคะแนน	ระดับผลกระทบจากการใช้	คัดกรองโรคร่วมหรือโรคอื่น ๆ ที่สำคัญ
2-3	ต่ำ*	<ul style="list-style-type: none"> การคัดกรองโรคที่ต้องรับยาต่อเนื่อง เช่น สมชัก เบาหวาน หัวใจ ความดัน การคัดกรองโรคติดต่อในระยะติดต่อ เช่น วัณโรค สุกใส ภูมิคุ้มกันบกพร่อง การคัดกรองการเจ็บป่วยทางจิตใจ <ul style="list-style-type: none"> -โรคซึมเศร้า (2Q, 9Q) -ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8Q) -โรคจิต (แบบคัดกรองโรคจิต)
4-26	ปานกลาง**	<ul style="list-style-type: none"> การคัดกรองความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษยารุนแรง <ul style="list-style-type: none"> -ใช้ยาเสพติดประเภทเฮโรอีนในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา -ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา -ใช้ยานอนหลับเป็นประจำในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา
27+	สูง***	
คุณเคยใช้สารเสพติดชนิดฉีดหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย		ข้อเสนอแนะ
ถ้าเคย, ภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา คุณใช้บ่อยเพียงใด <input type="checkbox"/> 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือน้อยกว่า 3 วันติดต่อกัน <input type="checkbox"/> มากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือมากกว่า 3 วันติดต่อกัน		<ul style="list-style-type: none"> ให้การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention) ให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยา 10 ชุดบริการ ประเมินเพิ่มเติม วางแผนและ ให้การบำบัดรักษาแบบเข้มข้นรายบุคคล

ในแนวทาง Approach to cannabis use disorder in primary care ของ Canadian Family Physician ยังมีการยกตัวอย่างการใช้เกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติจากการใช้กัญชา (Cannabis use disorder) ของ DSM5 มาใช้สำหรับแบ่งระดับความรุนแรงของปัญหา

ตัวอย่างการประเมินความระดับความผิดปกติจากการใช้กัญชาโดยเกณฑ์ **DSM5**

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders , 5th edition,
criteria for cannabis use disorder

- Q—Increase in quantity
- U—Unable to control
- I—Use interferes with function
- T—Spending more time
- C—Craving
- H—Use in hazardous situations (driving, operating heavy machinery)
- O—Ongoing use despite harm
- P—Interpersonal problems that result from use (arguments or fights)
- N—Need more for same effect (tolerance)
- O—Other aspects of life affected
- W—Withdrawal symptoms if fail to use or use to manage withdrawal

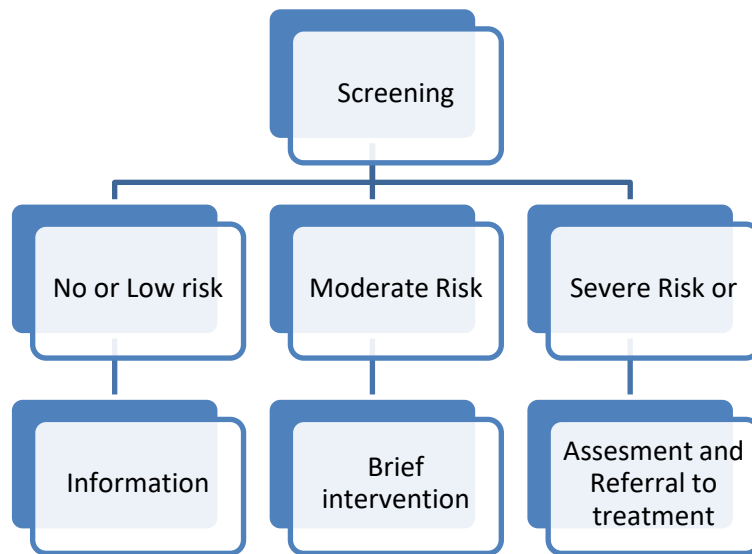
Mild: 2-3 symptoms

Moderate: 4-5 symptoms

Severe: 6 or more symptoms

Adapted from the American Psychiatric Association.

ผลการคัดกรองและแนวทางในการให้ความช่วยเหลือ



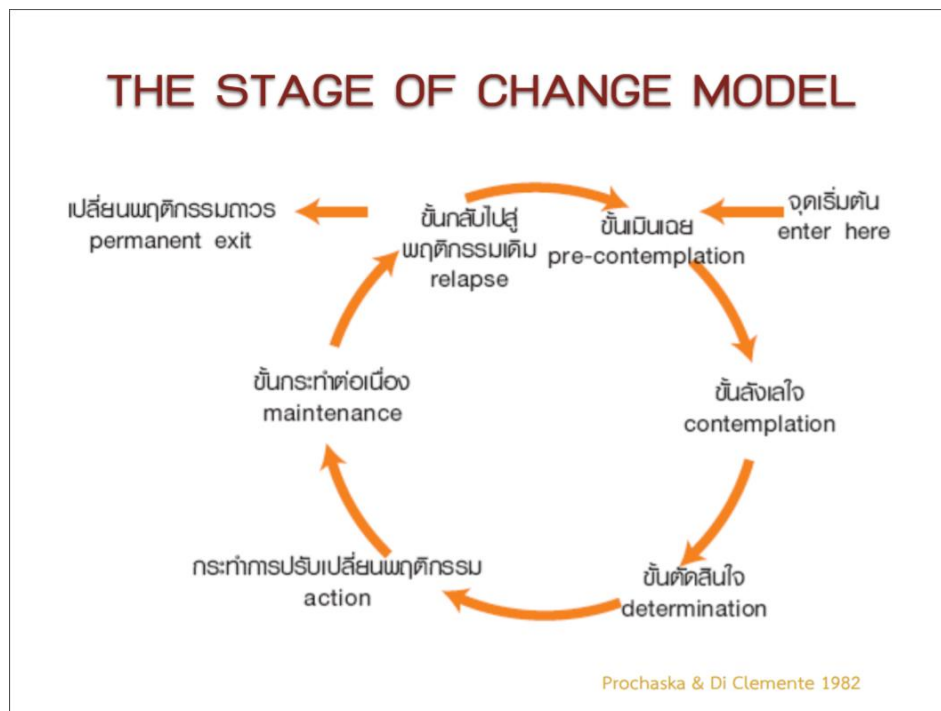
การให้การปรึกษาแบบสั้น (Brief Intervention)

การให้การปรึกษาแบบสั้น เป็นกระบวนการช่วยให้ผู้รับการปรึกษา ตระหนักถึงความเสี่ยง จากการใช้กัญชา พิจารณาถึงข้อดีข้อเสียและตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตัวเอง ปัจจัยที่มีส่วนสำคัญที่สุดต่อผลการให้การปรึกษาแบบสั้นคือ สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การปรึกษากับผู้รับการปรึกษา กระบวนการหลักของการให้การปรึกษาแบบสั้น ใช้เวลาประมาณ 5-30 นาที

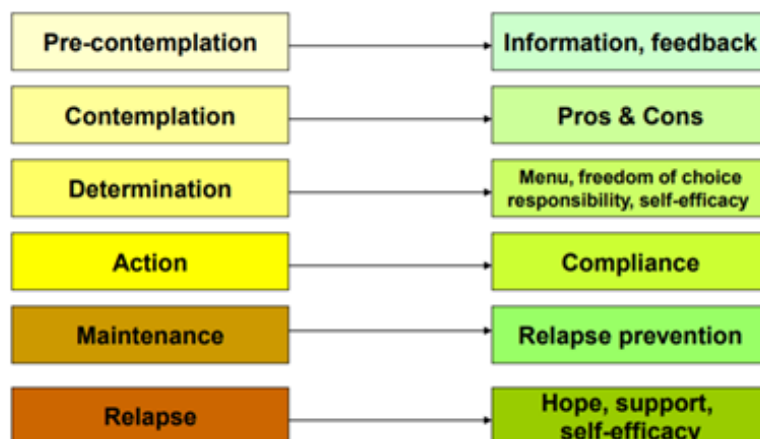
Brief intervention: **FRAMES**

Feedback	บอกให้ทราบถึงความเสี่ยงและอันตรายจากการใช้กัญชา
Responsibility	บอกให้ทราบว่า เป็นความรับผิดชอบของเขาเอง ในการที่จะลดความเสี่ยงดังกล่าว
Advice	แนะนำให้ลด ละ เลิก
Menu	เสนอวิธีต่างๆ ในการลด ละ เลิก
Empathy	แสดงความเห็นใจ เข้าใจ เป็นมิตร ไม่ตัดสิน
Self-efficacy	ช่วยให้เขาเห็นความสามารถของเขาเองในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา

ผู้ป่วยที่เข้ามารับการปรึกษา อาจมีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับที่ต่างกัน การนำหลักการของ Stage of change มาใช้ร่วมกับการให้การปรึกษา จะช่วยให้เกิดความร่วมมือในการบำบัดรักษาได้ดียิ่งขึ้น โดย Stage of change จะอธิบายถึงวงจรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6 ระยะ ได้แก่ เหมินเฉย, ลังเลใจ, ตัดสินใจ, ลงมือทำ, ทำต่อเนื่อง, และกลับไปสู่พฤติกรรมเดิมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างถาวร แต่ละระยะมีวิธีการให้การปรึกษาแตกต่างกัน



การตอบสนองต่อขั้นของแรงจูงใจ Staged Approach



Referral to treatment (การส่งต่อ)

กรณีพบว่าการใช้กัญชา อยู่ในระดับที่ติดหรือมีผลกระทบรุนแรง หรือการให้การปรึกษาแบบสั้นไม่ได้ผล ควรส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษายังผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดรักษายาเสพติดต่อไป

อ้างอิง

1. <https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/drugs-brain>
2. Wagner, F.A. & Anthony, J.C. From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon cannabis, cocaine, and alcohol. Neuropsychopharmacology 26, 479-488 (2002).
3. Gorelick DA, Goodwin RS, Schwilke E, Schwoppe DM, Darwin WD, Kelly DL, McMahon RP, Liu F, Ortemann-Renon C, Bonnet D, et al. Tolerance to effects of high-dose oral delta9-tetrahydrocannabinol and plasma cannabinoid concentrations in male daily cannabis smokers. J Anal Toxicol 2013 Jan-Feb; 37(1):11-6.
4. Lichtman AH, Martin BR. Cannabinoid tolerance and dependence. Handb Exp Pharmacol 2005(0171-2004; 0171-2004; 168):691-717
5. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-medication/cannabis/health-effects/addiction.html>
6. van der Pol P, Liebrechts N, de Graaf R, Korf DJ, van den Brink W, van Laar M. Predicting the transition from frequent cannabis use to cannabis dependence: A three-year prospective study. Drug Alcohol Depend 2013 Dec 1;133(2):352-9
7. Lichtman AH, Martin BR. Cannabinoid tolerance and dependence. Handb Exp Pharmacol 2005(0171-2004; 0171-2004; 168):691-717
8. Hirvonen J, Goodwin RS, Li CT, et al. Reversible and regionally selective down regulation of brain cannabinoid CB1 receptors in chronic daily cannabis smokers. Mol Psychiatry. 2012; 17(6):642-649.
9. Nkansah-Amankra S, Minelli M. "Gateway hypothesis" and early drug use: Additional findings from tracking a population-based sample of adolescents to adulthood. Prev Med Rep. 2016 May 28; 4:134-41.

10. Broyd SJ, van Hell HH, Beale C, Yucel M, Solowij N. Acute and chronic effects of cannabinoids on human cognition-A systematic review. *Biol Psychiatry* 2016 Apr 1; 79(7):557-67.
11. Levine A, Clemenza K, Rynn M, Lieberman J. Evidence for the risks and consequences of adolescent cannabis exposure. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017 Mar; 56(3):214-25.
12. <http://monitoringthefuture.org/pubs/monographs/mtf-overview2013.pdf>
13. <http://www.monitoringthefuture.org/pubs/monographs/mtf-overview2017.pdf>
14. Crean RD, Crane NA, Mason BJ. An evidence based review of acute and long-term effects of cannabis use on executive cognitive functions. *JAddict Med.*2011; 5(1):1-8.
15. Ranganathan M, D'Souza DC. The acute effects of cannabinoids on memory in humans: a review. *Psychopharmacology(Berl).*2006;188(4):425-444
16. NoraD.Volkow. et al. Effects of Cannabis Use on Human Behavior, Including Cognition, Motivation, and Psychosis :A Review. *JAMAPsychiatry.*2016;73(3):292-297
17. McGrath, et al. (2010). Association between cannabis use and psychosis-related outcomes using sibling pair analysis in a cohort of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 67(5):440-447.
18. Room, R., Fischer, B., Hall, W., Lenton, S. and Reuter, P. (2010). *Cannabis Policy: Moving Beyond Stalemate*, Oxford, UK: Oxford University Press.
19. Large, M., Sharma S, Compton M., Slade, T. & O., N. (2011). Cannabis use and earlier onset of psychosis: a systematic meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*. 68.
20. Grant KS, Petroff R, Isoherranen N, Stella N, Burbacher TM. Cannabis use during pregnancy: Pharmacokinetics and effects on child development. *Pharmacol Ther* 2017 Aug 25.
21. INFORMATION FOR HEALTH CARE PROFESSIONALS Cannabis (marihuana, marijuana) and the cannabinoids
22. Suzanne D. Turner, MD MBS CCFP. Approach to cannabis use disorder in primary care Focus on youth and other high-risk users. *Can Fam Physician*. 2014 Sep; 60(9): 801–808.

23. Suneel M. Agerwala, B.A.^a and Elinore F. McCance-Katz, M.D., Ph.D.^b. Integrating Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) into Clinical Practice Settings: A Brief Review. *J Psychoactive Drugs*. 2012 Sep-Oct; 44(4): 307–317.
24. Stoner SA. Screening and Assessment for Cannabis Use Disorder. Alcohol & Drug Abuse Institute, University of Washington, May 2016. URL:
<http://adai.uw.edu/pubs/pdf/2016marijuanascreenassess.pdf>